Franciszek ZERBE

PATERNALIZM W STOSUNKACH LEKARZ – PACJENT ZAGROŻENIA I KORZYŚCI

Prawidłowy model relacji lekarz – pacjent to model partnerski, w którym obie strony dążą do wspólnych celów w oparciu o podobną hierarchię wartości, wzajemne zaufanie i respekt dla godności partnera. [...] Stopień paternalistycznego nastawienia lekarza winien być, jak się zdaje, wprost proporcjonalny do stopnia zagrożenia pacjenta.

Stosunek lekarza do pacjenta i vice versa jest szczególnym przypadkiem relacji międzyosobowej. Nie sposób określić właściwego modelu tej relacji bez zdania sobie sprawy z istoty natury ludzkiej.

Człowiek jest jedynie drobnym pyłkiem we wszechświecie, ale jednocześnie stworzeniem wyjątkowym. Wszystko zdaje się wskazywać na to, że pośród stworzeń cielesnych tylko człowiek obdarzony jest zdolnością abstrakcyjnego rozumowania, świadomego rozróżniania dobra od zła oraz wolną wolą. Ludzie różnią się między sobą, jednakże w pewnym podstawowym wymiarze są sobie równi. Sądzi się, że każdy człowiek stanowi obiektywną wartość, posiada swoistą godność wynikającą właśnie z jego wyjątkowości. Godność człowieka wymaga traktowania go jako celu samego w sobie, nie zaś jako manipulowalnego przedmiotu; przede wszystkim zaś wymaga uznania jego niezależności, autonomii, prawa do wolności wyboru i do samodzielnego decydowania o sobie. Takie widzenie człowieka zdają się uznawać m.in. św. Tomasz z Akwinu, I. Kant, J. S. Mill.

W szczególności dla chrześcijanina logicznym uzasadnieniem specjalnej godności człowieka jest fakt, iż został on stworzony jako „podobny Nam", „na obraz Boży" (por. Rdz 1, 26-27). W związku z tym „godność człowieka wymaga, aby działał ze świadomego i wolnego wyboru, to znaczy osobowo, od wewnątrz poruszony i naprowadzony, a nie pod wpływem ślepego popędu wewnętrznego lub też zgoła przymusu zewnętrznego" (KDK, nr 16). Cytat powyższy pozwala i nakazuje rozciągnięcie tej podstawowej zasady niezależności i wolnego wyboru na inne sfery ludzkiej działalności, w szczególności odnoszące się do stosunków z innymi ludźmi.

Zasada przestrzegania niezależności i prawa wolnego wyboru człowieka nie może jednak obowiązywać we wszystkich okolicznościach. Po pierwsze, sama niezależność człowieka może być z różnych ważnych powodów ograniczona, a po wtóre, człowiek z reguły nie działa w izolacji, żyje wśród innych ludzi. Człowiek ma prawo być wolnym o tyle, o ile jego wolność nie narusza wolności innych.

O pełnej niezależności (autonomii) człowieka można mówić, jeżeli zdolny jest on, posiadając możliwie pełne informacje, dokonywać racjonalnych wyborów, tzn. cele jego działania są rozsądne, a środki wiodące do celu właściwie dobrane. Tu powstają trudności. Po pierwsze, różne bywają obiektywne możliwości podjęcia rozsądnych decyzji i działań, a więc różne stopnie niezależności człowieka. Ktoś może być półprzytomny, umysłowo niedorozwinięty lub po prostu niedojrzały (np. małe dzieci). Często niełatwo tym osobom o sprawiedliwą ocenę sytuacji. Po wtóre, rozsądne cele dla jednego, mogą zdawać się nierozsądne drugiemu lub innym. Pominąwszy bowiem cele związane z zaspokojeniem podstawowych potrzeb biologicznych, wybór celu zależy głównie od przyjętego przez człowieka systemu wartości, a te bywają różne u różnych ludzi, przy czym jedynie niektóre z nich bywają jednoznacznie złe. Względy powyższe uzasadniają ograniczenia niezależności i swobody wyboru jednostki z zewnątrz w pewnych okolicznościach. Najbardziej uprawnione zdają się być ograniczenia wolności wyboru i działania wówczas, gdy działania te są jednoznacznie szkodliwe dla innych lub dla społeczeństwa (np. czyny kryminalne), lub gdy ograniczenia wynikają z jasnego interesu publicznego (np. ograniczenie wolności słowa w czasie wojny).

PATERNALIZM

Zasada paternalistyczna postuluje ograniczenie wolności człowieka na podstawie motywacji mniej oczywistej w porównaniu z powyższymi. Zgodnie z nią ograniczenie wolności jest uzasadnione również wówczas, gdy działania człowieka przynoszą szkodę jemu samemu lub też uniemożliwiają mu osiągnięcie większego dobra[1]. J. Zembaty określa paternalizm jako ograniczenie autonomii (niezależności) osoby dla powodów mających na celu wyłącznie jej dobro, szczęście, potrzeby, interes lub wartości[2]. Modelem relacji paternalistycznej jest stosunek ojca do dziecka, występuje on jednak często także w innych typach relacji międzyosobowych, np. niekiedy między małżonkami. Również wiele regulacji prawnych opiera się na zasadzie paternalistycznej, nakazując np. kierowcom zakładać pasy bezpieczeństwa lub delegalizując narkotyki.

Praktyczny zakres zastosowania zasady paternalistycznej dla ograniczenia wolności człowieka, a nawet sama idea paternalistyczna bywają kwestionowane. W jakiej mierze bowiem i kiedy osoba postronna (lub instytucja) uprawnione są do orzekania o tym, co stanowi dobro innego człowieka? Czyż nie on

---

[1] Zob. T. L. Beauchamp, *Paternalism*, w: *Encyclopedia of Bioethics*, New York 1978, t. III, s. 1194.

[2] Zob. *A Limited Defens of Paternalism in Medicine*, w: *Biomedical Ethics*, red. Th. Mappes, J. Zembaty, New York 1980, s. 57.

sam powinien przede wszystkim o tym decydować? Jeśli tak, to w jakim zakresie? Wątpliwości tego typu wpływają na różnice poglądów wśród etyków.

PATERNALIZM W STOSUNKU LEKARZA DO PACJENTA

Tradycyjne zasady postępowania lekarskiego odzwierciedlone w kodeksach etyki lekarskiej minimalizowały rolę pacjenta w procesie leczenia. *Przysięga* Hipokratesa, pierwowzór kodeksu lekarskiego, mówi wiele o powinnościach lekarza, nic zaś o prawach pacjenta. Przez wieki obowiązujący model stosunku lekarza do pacjenta akcentował wielki autorytet lekarza przy biernym podporządkowaniu się pacjenta, wyrażając często w praktyce skrajnie paternalistyczną postawę.

Jednakże coraz częściej narastało przekonanie, że taki charakter stosunków między pacjentami a lekarzami nie jest właściwy. Wprawdzie lekarz jest ekspertem, jedynym ekspertem, gdy chodzi o „techniczną" stronę leczenia, i to on potrafi najlepiej określić, w jaki sposób przywrócić funkcje uszkodzonego narządu lub zminimalizować skutki choroby. Lecz medycyna to dużo więcej niż usunięcie zniszczonego narządu, wszczepienie rozrusznika serca lub sztucznej soczewki oka. Leczenie posiada rozliczne aspekty psychologiczne a także moralne. Leczenie człowieka to nie to samo, co naprawa zepsutego telewizora. Niewykluczone, że właśnie koncentrowanie się wielu lekarzy wyłącznie na „technicznych" aspektach leczenia jest główną przyczyną powodzenia wielu nieuzasadnionych tzw. paramedycznych (np. bioenergoterapia) metod leczenia.

Paradoksem jest wyłączenie pacjenta ze współdecydowania w leczeniu właśnie tam, gdzie chodzi o sprawy dla niego najistotniejsze – sprawy zdrowia i życia. Podejście takie narusza prawo pacjenta do niezależności i wolnego wyboru, w istocie obraża jego godność, a więc stanowi naruszenie zasady moralnej wyższego rzędu. Ogólne zasady uświęcone tradycją: „dobro chorego najwyższym prawem" i „przede wszystkim nie szkodzić" oczywiście obowiązują, jednakże „dobro" i „szkoda" mogą być różnie rozumiane przez pacjenta i lekarza. Paternalistyczne przyznanie prawa decyzji w tych sprawach wyłącznie lekarzowi, z pominięciem a czasem wbrew opinii pacjenta, wydaje się być moralnie nie do przyjęcia. Autorytet lekarza jest niewątpliwie uzasadniony w „technicznych" zagadnieniach leczenia, choć i tu nie jest słuszne przyznanie mu charakteru bezwarunkowego. Również jako ekspert lekarz może się mylić. Natomiast próby rozciągnięcia autorytetu lekarza w podobnym zakresie na sferę związanych z leczeniem wartości innych niż czysto „techniczne" stanowią w istocie nadużycie autorytetu[3]. Sprawy te są szczególnie aktualne w dobie

---

[3] Zob. J. M. Bocheński, *Co to jest autorytet?*, w: *Logika i filozofia*, Warszawa 1993, s. 187 n.

współczesnej medycyny: jej depersonalizacji, proliferacji metod rozpoznawczych inwazyjnych (niekiedy ryzykownych dla pacjenta) i metod leczenia nie do końca sprawdzonych. Pogląd pacjenta na ryzyko zabiegu nie musi być identyczny z poglądem lekarza. W takich i podobnych przypadkach paternalistyczne próby nakłonienia pacjenta do przyjęcia punktu widzenia lekarza związane z ograniczeniem jego prawa wyboru np. przez niedoinformowanie – są naganne.

Prawem pacjenta jest uzyskanie możliwie pełnej informacji, a ostateczny wybór sposobu leczenia wymaga jego zgody, w istocie winien należeć do niego. Rzeczą eksperta-lekarza jest przekonać pacjenta. Mądry i budzący zaufanie swoją postawą lekarz z reguły potrafi tego dokonać. Tylko taka partnerska postawa, przy której podstawowe decyzje podejmuje się wspólnie w oparciu o podobną hierarchię wartości, zdaje się być godnym polecenia modelem relacji lekarz – pacjent. W stosunku partnerskim, gdy podstawowe cele są jednakowo rozumiane w warunkach wzajemnego zaufania, pacjent nie musi martwić się co do celowości wielu mniej ważnych codziennych decyzji, zdając się w tym na lekarza i wiedząc, że w razie wątpliwości lekarz zasięgnie lub wysłucha jego opinii. Postawa paternalistyczna, w której lekarz wszystko wie lepiej, nie wydaje się być uzasadnionym wzorcem stosunku lekarz – pacjent.

DOPUSZCZALNOŚĆ PATERNALIZMU

Czy zdarzają się jednak sytuacje, w których paternalistyczne ograniczenie autonomii pacjenta jest celowe i moralnie usprawiedliwione? Niezależność pacjenta bywa ograniczona, gdy jego zdolność podjęcia rozsądnej decyzji jest w sposób istotny i nie budzący wątpliwości zmniejszona. Interwencja typu paternalistycznego jest wówczas uzasadniona. Jeśli pijany pragnie wyskoczyć z trzeciego piętra, sądząc że w ten sposób szybciej dostanie się do domu, wówczas niewątpliwie należy mu przeszkodzić. Podobnie, gdy osoba niedorozwinięta umysłowo, niezdolna odróżnić sygnały ruchu drogowego pragnie wędrować ulicami w godzinach szczytu, całkowicie usprawiedliwione jest jej powstrzymanie. Przykłady są skrajne, a sytuacje takie – rzadkie.

O wiele częściej lekarz stoi przed dylematem: jak postąpić, gdy nie ma pewności, co do stanu psychicznego pacjenta, a jego wybór jest potencjalnie dla niego niebezpieczny? Nie ma reguł; decyzja lekarza musi być oparta na znajomości pacjenta i stopnia zagrożenia. Prawidłowość uzasadnienia podjęcia decyzji paternalistycznej, szczególnie wbrew woli pacjenta, w takich sytuacjach zdaje się być wprost proporcjonalna do stopnia zagrożenia pacjenta. Paternalizm jest również uzasadniony, jeśli pacjent nie jest w stanie podjąć rozsądnej decyzji wskutek niedojrzałości lub braku doświadczenia.

Niekiedy dochodzi do skrajnych nadużyć zasady paternalistycznej. Przykładem było np. kierowanie do zakładów psychiatrycznych dysydentów sowie-

ckich z uzasadnieniem, że sprzeciw wobec „wiecznego" systemu stanowiącego „historyczną konieczność" świadczy o zaburzeniu zdolności rozumowania uzasadniającym przymusowe leczenie – oczywiście dla „dobra" rzekomo chorych. Ogólnie również wątpliwe jest ocenianie jakiegoś działania jako irracjonalnego i uzasadnianie decyzji paternalistycznej tym, że większość lub wielu uważa cel działania za nierozsądny.

Istnieje wiele szczegółowych problemów etyki lekarskiej, dla których rozstrzygnięcia ma istotne znaczenie kwestia dopuszczalności zastosowania zasady paternalistycznej. W tym sensie zagadnienie paternalizmu zdaje się być jednym z centralnych w etyce medycznej. Dwa z tych problemów omówię dokładniej.

1. ODMOWA ZGODY NA LECZENIE W PRZYPADKU ZAGROŻENIA ŻYCIA

Kwestia, czy lekarz ma moralne prawo zaniechać leczenia pacjenta w stanie zagrożenia życia na jego żądanie, jest zagadnieniem wysoce kontrowersyjnym. Przede wszystkim: czy pacjent ma prawo odmówić leczenia ratującego jego życie? Aktualny polski *Kodeks etyki lekarskiej* w art. 16 orzeka, że „wszczęcie postępowania diagnostycznego i zapobiegawczego bez zgody pacjenta jest dopuszczalne wyjątkowo, tylko w indywidualnych przypadkach dopuszczonych prawem"[4]. To wysoce antypaternalistyczne stanowisko nie precyzuje, czy zasada odnosi się także do chorych zagrożonych śmiercią; brak zastrzeżenia może świadczyć, że zasada dotyczy również tej kategorii chorych. Ponadto, przepis nie podaje rozwiązania w kategorii moralnej (zresztą bardzo trudnego); odsyła do prawa. Podobnie antypaternistyczną postawę przedstawili chirurdzy polscy oświadczając w 1962 r. iż: „Chirurdzy polscy biorąc pod uwagę podstawowe prawa jednostki do decydowania o swym losie, uzależniając konieczność oparcia decyzji co do wykonania operacji na pełni wzajemnego zaufania chorego i lekarza, sprzeciwiają się wprowadzeniu jakichkolwiek form przymusu operacyjnego"[5].

Zanegowanie odmowy pacjenta o wyraźnie ograniczonej zdolności do podjęcia rozsądnej decyzji wydaje się być moralnie usprawiedliwione.

Gdy w pełni świadomy i w pełni poinformowany pacjent przy braku zewnętrznych ograniczeń swobody jego decyzji odmawia leczenia, to – po wyczerpaniu przez lekarza wszelkich możliwości przekonania go – być może należy jego wybór respektować. Zdecydowany paternalista postąpi inaczej. Z reguły jednak pojęcie dobra chorego jest w sytuacjach skrajnych rozumiane przez lekarza i chorego identycznie: jako konieczność walki o zachowanie

[4] „Gazeta Lekarska" 1992, nr 1, s. 11.

[5] J. B o g u s z, *Czy może być uzasadniony przymus poddania się chorego operacji?*, w: *Etyka i deontologia lekarska*, red. T. Kielanowski, Warszawa 1985², s. 111.

życia. Tak więc pacjentów negujących tę konieczność jest zapewne bardzo niewielu. Niejako wzorcowym przykładem chorych odmawiających leczenia nawet w przypadku zagrożenia życia są świadkowie Jehowy, odrzucający w każdej sytuacji leczenie przetoczeniem krwi. Decyzje te są przemyślane, nie doraźne i uzasadnione głębokim, jak się wydaje, przekonaniem religijnym. W takiej sytuacji antypaternalista podzieli stanowisko pacjenta, dla którego uratowania życia nie jest warte przekroczenia ważnego zakazu religijnego. Paternalista będzie sądził przeciwnie i postąpi inaczej[6].

W niektórych przypadkach uzasadnienie podjęcia leczenia wbrew pacjentowi nie ma charakteru paternalistycznego. Jeśli na przykład rodząca odmawia cięcia cesarskiego niezbędnego dla urodzenia dziecka, to taka decyzja przeciwna jest zasadzie nieszkodzenia innym (w tym przypadku dziecku) i podjęcie zabiegu, jeśli możliwe, jest całkowicie uzasadnione.

Następująca końcowa uwaga zdaje się celowa: odmowa leczenia, szczególnie w przypadku zagrożenia życia przez ludzi w pełni władz umysłowych i przy dobrym rokowaniu, jest sprawą co najmniej dziwną. Zapewne po wyleczeniu, na przekór ich odmowie, ogromna ich większość byłaby zadowolona z tego, że żyje. Jeśli tak, to stopień paternalistycznego nastawienia lekarza winien być, jak się zdaje, wprost proporcjonalny do stopnia zagrożenia pacjenta.

2. PRAWDOMÓWNOŚĆ WOBEC PACJENTA

Pacjent ma prawo znać prawdę o swoim zdrowiu. Wynika to logicznie z nadrzędnej zasady szacunku dla godności pacjenta jako osoby. Mówienie prawdy posiada także niebagatelny walor praktyczny: uwiarygodnia lekarza i wzbudza do niego zaufanie. W związku z tym bezsensownym są drobne kłamstewka typu „zabieg będzie całkowicie bezbolesny", podczas gdy wiadomo, że w przypadku znieczulenia miejscowego niekiedy nie udaje się całkowicie uniknąć bólu.

Oczywiście nie stanowi problemu przekazanie informacji pomyślnych, choć i tu należy zachować ostrożność. Należy być pewnym dobrej wiadomości, aby uniknąć możliwego rozczarowania pacjenta w przyszłości. Zrozumiałe też, że – jak już wspomnieliśmy – pacjent winien być poinformowany o celach i ryzyku badań i leczenia.

Jednakże pacjenta interesują nie tyle badania i sposób terapii, ile charakter jego choroby i perspektywy wyleczenia. Gdy rozpoznanie choroby jest niepomyślne, a śmiertelne zagrożenie realne, pacjent również ma prawo do prawdy. Czy jednak pragnie ją poznać? Niektórzy sądzą[7], że rzeczywiście znać prawdę

---

[6] Zob. t e n ż e, *Przetaczanie krwi a wierzenia religijne*, w: *Etyka i deontologia lekarska*, dz. cyt., s. 96-97.

[7] Zob. J. C o l l i n s, *Should, Doctors Tell the Truth?*, w: *Biomedical Etics*, dz. cyt., s. 64.

pragnie bardzo niewielu; większość pragnie raczej pociechy i nadziei. Rolą zaś lekarza jest właśnie nieść ukojenie i nadzieję, nie zaś doręczać wyroki śmierci. Inni sądzą przeciwnie, że większość chorych pragnie szczerze znać prawdę[8]. Ukrywanie jej może de facto pozbawić ich prawa decyzji, może ostatnich decyzji. Można wyobrazić sobie pacjenta w końcowym okresie śmiertelnej choroby, który znając prawdę być może wolałby udać się do domu, aby tam godnie (w jego – a więc obowiązującym w tej sytuacji – rozumieniu godności) umrzeć, zamiast poddawać się skomplikowanym, połączonym z niewygodami, a czasem z dodatkowym cierpieniem, zabiegom w mniej lub bardziej anonimowym środowisku szpitala – bez nadziei wyleczenia. Każdy musi stanąć w obliczu śmierci i być może o zbliżaniu się jej powinien wiedzieć; właśnie świadomość nadchodzącej śmierci przynieść może spokój i pogodzenie się z sobą, światem, Bogiem w najbardziej istotnym, końcowym okresie życia.

Widać, jak skomplikowany jest problem. Decyzja lekarza zawsze musi być indywidualna, oparta na próbie zgłębienia psychiki pacjenta. Niektórzy z nich wiedzą lub domyślają się prawdy i potrafią się z nią pogodzić. Inni do końca negują nawet najbardziej oczywiste złe sygnały. Niekiedy prawda jest nie do ukrycia. Trudno np. wyobrazić sobie, aby pacjentka po odjęciu sutka i wielu pobytach w szpitalu onkologicznym celem radioterapii lub chemioterapii nie zdawała sobie sprawy ze swojej choroby – raka sutka. Wówczas na pewno jest lepiej, jeśli chora dowie się prawdy w odpowiednim czasie i formie od lekarza niż od osób postronnych, co często naraża na dodatkowe lęki i niepewność. Prawdę należy ujawnić również na pewno wówczas, gdy jest to niezbędne dla przekonania chorego co do konieczności leczenia dla ratowania życia lub zdrowia – jeśli lekarz jest tego pewien. W pozostałych przypadkach prawda winna być (lub niekiedy nie) ujawniana w zależności od rzeczywistych intencji pacjenta co do chęci jej poznania; we właściwej formie i czasie; często stopniowo; zawsze delikatnie, nigdy brutalnie i nigdy w formie pozbawiającej pacjenta definitywnie nadziei. Lekarze też się mylą, a w medycynie czasem dzieją się dziwne rzeczy.

Sprawa ujawniania (lub nie) niepomyślnej prawdy pacjentowi zawsze była kontrowersyjna. Stąd niewiele mówiły o niej kodeksy etyki lekarskiej, zdając się tym samym pozostawiać lekarzowi wolną rękę. Wydaje się, że sprawę w zasadzie właściwie przedstawia polski *Kodeks etyki lekarskiej* w art. 18: „W razie niepomyślnej prognozy dla chorego powinien on być o niej poinformowany z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż jej ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa”[9].

---

[8] Zob. S. Bok, *Lies to the Sick and Dying*, w: *Biomedical Etics*, dz. cyt., s. 67.

[9] „Gazeta Lekarska”, art. cyt.

ZAKOŃCZENIE

Wzajemny stosunek pacjenta i lekarza jest relacją osób mających pełne prawo oczekiwać wzajemnego poszanowania ich przyrodzonej godności. Zasady tej nigdy nie wolno tracić z pola widzenia. Oznacza ona, że niezależny pacjent w ostatecznej instancji ma prawo sam decydować o sobie. Nie wydaje się, aby paternalistyczne podejście lekarza, przypisującego sobie niemal wyłączne prawo decydowania o losie chorego, stanowiło godny polecenia wzorzec, jakkolwiek bywają sytuacje, w których jest ono moralnie usprawiedliwione. Zasada uzyskania zgody pacjenta w przypadku planowanych poważnych procedur leczniczych (np. operacji chirurgicznych) jest powszechnie akceptowana. Ale i tu często sposób uzyskania przyzwolenia pacjenta bywa paternalistyczny, naruszający niekiedy warunek pełnego poinformowania o ryzyku i innych możliwościach leczenia. Uwagi te odnoszą się również do drobnych, codziennych kontaktów zawodowych lekarza z pacjentem, jakkolwiek tutaj oczywiście margines swobody lekarza jest większy.

Również odwrotnie, pacjent nie ma prawa oczekiwać od lekarza postępowania niezgodnego z jego pojęciem dobra i jego sumieniem. Prostym rozwiązaniem w wypadku istotnego konfliktu systemu wartości pacjenta i lekarza jest zmiana lekarza. Nie zawsze jest to możliwe; wówczas, jak się wydaje, w większości przypadków winna decydować racja pacjenta. Prawidłowy model relacji lekarz – pacjent to model partnerski, w którym obie strony dążą do wspólnych celów w oparciu o podobną hierarchię wartości, wzajemne zaufanie i respekt dla godności partnera.

Nawet najsłuszniejsze teoretycznie założenia etyczne nie dadzą prawdopodobnie jednoznacznych odpowiedzi w zetknięciu z bogactwem możliwych sytuacji praktycznych. Ostatecznie to lekarz musi podejmować rozważnie odpowiedzialne decyzje, zawsze jednak z pełnym respektem dla godności osoby pacjenta; w większości przypadków oznacza to porzucenie postawy paternalistycznej.